

郑州大学第一附属医院

河南省神经遗传变性病 医疗质量控制中心关于召开 2023 年质控 工作会暨专题培训会的通知

各有关医疗机构:

为贯彻落实 2023 年神经遗传变性病专业质控工作改进目标“提高住院帕金森病患者规范诊断率及提高阿尔茨海默病患者认知障碍评估率”，进一步推进全省神经遗传变性病规范化、同质化工作，按照《关于印发河南省医疗质量控制中心管理办法的通知》（豫卫医〔2023〕42 号）要求，经省医疗质量控制中心管理办公室第 78 次工作例会商定，河南省神经遗传变性病医疗质量控制中心（以下简称省质控中心）决定召开 2023 年质控工作会暨专题培训会。现将有关事项通知如下：

一、会议内容

- （一）部署 2023 年度神经遗传变性病质控工作；
- （二）质控专题培训。

二、会议时间及地点

（一）时间

1. 报到时间：2023 年 7 月 28 日 8:00-17:00；
2. 会议时间：2023 年 7 月 30 日 8:00-10:30。

（二）地点

1. 报到地点：郑州市嵩山饭店（中原区伊河路 156 号）。
2. 会议地点：郑州市嵩山饭店望都厅。

三、参会人员

（一）河南省三级医疗机构神经内科专业负责人 1 人、质控骨干 2 人；

（二）河南省神经遗传变性病医疗质量控制中心专家委员会全体成员；

（三）其他医疗机构相关专业人员可自愿参加。

四、会议要求

（一）请有关单位按照通知要求安排人员按时参会；

（二）请参会人员填写《参会人员回执》，并于 7 月 28 日 17:00 前报送至指定邮箱。会议严格按照回执安排；

（三）本次会议交通、住宿费自理，费用回单位报销，会议不安排接送站。

联系人及联系方式：

省质控中心：刘晓静 13673716362

省医疗质量控制中心管理办公室：张运尚 0371-85961026

电子邮箱：13673716362@163.com

附件：1. 会议日程

2. 河南省神经遗传变性病医疗质量控制中心专家委员会名单

3. 参会人员回执

1. 封面

郑州大学

河南省神经遗传变性病医疗质量控制中心
(郑州大学第一附属医院代章)

2023年7月26日

人姓主	香指	同 时
席副	委主届中组组 部组属州一第学大州联	08:00-08:30
	委主届中组组 部组属州一第学大州联	08:30-09:00
	委主届中组组 部组属州一第学大州联	09:00-09:30
	委主届中组组 部组属州一第学大州联	09:30-10:30

附件 1

会议日程

时 间	会议内容	讲者	主持人
08:00-08:30	质控中心责任介绍，质控工作部署	许予明 中心主任 郑州大学第一附属医院	杨靖
08:30-09:00	帕金森病诊断指南	马建军 质控中心副主委 河南省人民医院	许予明
09:00-09:30	帕金森病药物治疗指南	何远宏 质控中心副主委 郑州大学第五附属医院	
09:30-10:30	卒中后认知障碍诊疗规范	杨靖 质控中心副主委 郑州大学第一附属医院	

附件 2

河南省神经遗传变性病医疗质量控制中心 专家委员会名单

主任委员

许予明	郑州大学第一附属医院	主任医师
-----	------------	------

副主任委员

马建军	河南省人民医院	主任医师
-----	---------	------

杨 靖	郑州大学第一附属医院	主任医师
-----	------------	------

何远宏	郑州大学第五附属医院	主任医师
-----	------------	------

张淑玲	郑州人民医院	主任医师
-----	--------	------

胡幼红	郑州大学第一附属医院	主任药师
-----	------------	------

委员

李 学	河南省人民医院	主任医师
-----	---------	------

朱红灿	郑州大学第一附属医院	主任医师
-----	------------	------

张 璐	郑州大学第一附属医院	主任医师
-----	------------	------

杜敢琴	河南科技大学第一附属医院	主任医师
-----	--------------	------

赵建华	新乡医学院第一附属医院	主任医师
-----	-------------	------

杨改清	郑州市中心医院	主任医师
-----	---------	------

张保华	开封市中心医院	主任医师
-----	---------	------

吕海东	焦作市人民医院	主任医师
傅国慧	南阳市中心医院	主任医师
李 浩	信阳市中心医院	主任医师
夏 磊	周口市中心医院	主任医师
阮世旺	驻马店市中心医院	主任医师

秘书

史长河	郑州大学第一附属医院	副主任医师
刘晓静	郑州大学第一附属医院	主治医师

附件3

参会人员回执

省辖市	医疗机构名称	姓名	性别	工作部门	职务	手机

